

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

No

740

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques DUPUIS

Né le 5 Novembre 1909, à Diego-Suarez (Madagascar)

DU TRAITEMENT

DES

PÉRITONITES TUBERCULEUSES

Président : L. TANON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques DUPUIS

Né le 5 Novembre 1909, à Diego-Suarez (Madagascar)

DU TRAITEMENT

DES

PÉRITONITES TUBERCULEUSES

Président : L. TANON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{me} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLIN Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE ... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR.....		SCHWARTZ.....	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT.....			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.
RUPPE.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de ma profonde affection et de ma grande reconnaissance.

A TOUTE MA FAMILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

*Qui m'a fait le très grand
honneur de présider cette thèse
Hommage de ma respectueuse
gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE RENNES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153313_0069

INTRODUCTION

On ne saurait étudier les différents traitements de la P. T. sans présenter d'abord un rapide aperçu sur l'aspect général et la symptomatologie de l'affection. Il ne s'agira que d'une vue d'ensemble, la place faisant défaut : les détails sont assez connus pour qu'il soit utile de les rappeler ici.

La partie la plus importante de ce travail est une mise au point des différents traitements de la P. T. Nous insisterons sur les traitements classiques, ceux qui ont donnés des résultats confirmés par l'expérience, ceux adoptés par tous les praticiens. Nous verrons ensuite les traitements qui ont eu leur heure de fortune et ceux qui sont encore à l'étude. Sur les uns et les autres, nous dirons la technique et le succès, réservant à la bibliographie, malheureusement incomplète quant aux documents étrangers, le soin d'éclairer les détails utiles en des circonstances particulières.

La pratique courante, il faut le dire sans ambage, a mis en relief les bienfaits du soleil dans la P. T.

Ce médicament de la nature est sans contestation possible le meilleur de tous : de tous les temps il fut utilisé avec succès. On ne saurait donc s'étonner que nous nous étendions quelque peu sur l'héliothérapie. Mais ce mode de traitement n'ôte rien à tous ceux, et ils **sont nombreux**, qui ont été préconisés à ses côtés.

C'est pourquoi, terminant sur des travaux récents, nous avons cru devoir faire allusion à une thérapeutique qui n'a pas encore fait ses preuves.

Après avoir lu ce modeste travail, le lecteur jugera et agira selon sa conscience lorsqu'il se trouvera en présence d'un malade atteint de P. T.

PREMIÈRE PARTIE

SUR LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS

Selon la *définition* de BOLTANSKI le terme de péritonite tuberculeuse groupe toutes les atteintes aiguës, subaiguës ou chroniques, généralisées ou localisées, primitives ou secondaires du péritoine par le virus tuberculeux.

BICHAT fut le premier à l'étudier avec LAËNNEC au début du siècle dernier. CRUVEILHIER découvrit la forme ascitique essentielle de la jeune fille ; FERNET et BOULLAND précisent la pleuro-péritonite ; BOUILLY et BROUARDEL, la pelvi-péritonite. Parmi les travaux récents, on ne saurait passer sous silence les formes subaiguës anascitique d'ARMAND DELILLE,

insidieuse de CARNOT et BOLTANSKI, la périnéphrite de LÆPER.

L'*étiologie* de la P. T. est plus facile à préciser que dans les autres localisations de la tuberculose. C'est que, d'une part, elle se reproduit le plus souvent dans les mêmes conditions, d'autre part, elle se traduit dès le début par un ensemble de signes qui permettent d'en déterminer les causes et les prémisses.

La péritonite tuberculeuse est avant tout une maladie des sujets jeunes ; particulièrement fréquente entre 6 et 15 ans, elle peut s'observer chez le nourrisson (MARFAN) et n'est pas rare chez l'adulte ; maladie de l'enfant, la péritonite tuberculeuse se voit également chez l'adulte, mais de préférence chez la femme.

Les formes en sont variées, les signes nombreux et les modes d'évolution d'autant plus divers. On la rencontre chez les sujets jusqu'alors bien portants, ascite essentielle de la jeune fille, par exemple, qui, malgré son tableau impressionnant par l'abondance du liquide se termine presque toujours par la guérison.

D'autres fois, la P. T. débute en même temps qu'une pleurésie ; ainsi s'installe insidieusement la tuberculose pleuro-péritonéale de FERNET-BOULLAND.

D'autres fois, la péritonite apparaît à la suite de lésions pulmonaires, diagnostiquées ou jusqu'à ce jour méconnues.

Chez l'enfant, on connaît les formes anascitiques,

les formes circonscrites et les formes appendiculaires, sans oublier les péritonites occlusives, pelviennes, péri-sigmoïdiennes, dont les infinies variétés ne sont que des formes d'association, ou de complication.

Il importe surtout de ne pas ignorer nombre de cas où la P. T. passe inaperçue. Il s'agit alors de tuberculeux pulmonaires présentant au cours de poussées des accidents intestinaux. Pour des raisons diverses l'aggravation passagère des lésions pulmonaires masque le syndrome péritonéal qui s'estompe d'ailleurs rapidement et disparaît du fait du traitement général, cure hygiéno-diététique en particulier.

Tels sont les aspects sous lesquels se présente la P. T. On verra que si les formes en sont multiples les traitements en sont nombreux, chacun justifiable d'une thérapeutique particulière, mais dont le traitement de choix est avant tout à n'en pas douter l'*Héliothérapie*.

L'enquête étiologique permet souvent de déceler chez l'enfant une contagion familiale. D'autres fois, on peut incriminer une contagion transplacentaire.

Comme facteurs déclenchants, toutes les causes débilitantes ont été invoquées. Plus intéressant est le rôle incontestable des maladies anergisantes : rougeole, coqueluche, fièvre typhoïde, grippe, insuffisance hépatique (FIESSINGER et BRODIN). L'anergie de la grossesse peut également être une cause favorisante.

Enfin, la découverte du virus tuberculeux filtrant par FONTES a permis d'étendre et de préciser certaines formes inconnues dans les cas où un début insidieux et les insuffisances du laboratoire tenaient en échec les investigations du praticien en clinique.

La péritonite dite primitive est souvent en fait un réveil d'infection d'un sujet tuberculisé lors de la première enfance et porteur seulement d'une infection ganglionnaire.

Si le plus souvent on accuse une fatigue, le surmenage, les infections anergisantes, il est impossible de nier le rôle des affections du bassin chez la femme et les cirrhoses hépatiques chez l'homme ; surtout dans les formes ascitiques, on voit fréquemment survenir une tuberculose pulmonaire chronique ou granulique et aussi une péritonite bacillaire.

La péritonite secondaire est souvent la conséquence d'une lésion des tissus connexes, intestins, ganglions ou pelvis : infection de voisinage, dès lors ? On ne saurait trop l'affirmer.

Car les voies d'infection ont fait l'œuvre de travaux nombreux ; si l'on ne peut méconnaître la transmission par voie intestinale, on doit reconnaître qu'elle est exceptionnelle. Un peu plus fréquente est la voie lymphatique. Mais surtout, c'est la voie sanguine qu'il faut incriminer, une bacillémie fort discrète servant de phase intermédiaire entre une première localisation et une complication péritonéale, ce, sans extériorisation clinique.

CHAPITRE II

LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE EN CLINIQUE

Nous ne détaillerons point la *symptomatologie* de la P. T. On la connaît ; on en retrouvera tous les détails dans les traités et publications. Les signes sont les mêmes dans toutes les formes, mais il y aura prédominance de tel ou tel symptôme selon la présence ou l'absence d'épanchement, selon l'évolution chronique ou aiguë, selon l'association des localisations. Alors, on devra considérer les différentes formes cliniques : pleuro-péritonéale, médiastinale, péricardiques, ascitiques, etc., qui portent encore les noms de FERNET-BOULLAND, HUCHARD, HUTINEL, CRUVEILHIER, etc.

Un mot seulement sur le diagnostic radiologique : celui-ci a fait l'œuvre d'un travail original de GUTIERREZ ARRESE. A la radioscopie, dans certains cas, l'épanchement se traduit par une ombre diffuse, homogène qui élève le diaphragme lorsqu'elle est abondante. Le liquide évacué, il apparaît des lacunes,

toujours aux mêmes endroits lorsqu'on multiplie les radiographies, mais en des points très variables. Parfois des adhérences unissent le cæcum, le côlon ascendant et le transverse. Enfin, certaines images peuvent montrer des ganglions gros et abondants.

Les *formes cliniques* varient avec le début, l'évolution et la prédominance des symptômes.

Classiquement, on peut distinguer les formes aiguës et les formes chroniques.

A. — Formes aiguës.

Les péritonites à prédominance générale ou les formes purement péritonéales ; si les premières se rencontrent de préférence chez l'adulte, les péritonites aiguës purement locales décrites par HUTINEL et COMBY s'observent plutôt chez l'enfant.

La tuberculose pleuro-péritonéale, qui frappe l'adolescent, se caractérise par des signes abdominaux (douleur, météorisme, ascite) secondaires à de légers épanchements thoraciques (toux, frottement, épanchement) l'ensemble s'accompagnant de fièvre. L'évolution est le plus souvent heureuse et se termine par la guérison sans séquelle.

B. — Formes chroniques.

1^o Ascite de la jeune fille.

Après quelques symptômes généraux, seule persiste l'ascite qu'il est inutile, de ponctionner. La recherche de bacilles est inutile car toujours négative. Par contre, l'inoculation est constamment positive. Mais l'évolution est heureuse : guérison sans trace.

2^o Forme ulcéreuse ou ulcéro-caséeuse.

Forme de l'adulte, elle s'accompagne généralement d'une tuberculose pulmonaire ou génitale. Après un début insidieux, la période d'état s'installe avec son cortège classique (fièvre, sueurs, matité abdominale en damier). Evolution sévère, presque toujours fatale.

3^o Forme fibreuse ou fibro-adhésive.

C'est une forme qui se rencontre chez l'adulte avec évolution plus ou moins favorable.

Si nous avons cru devoir décrire ces formes qui sont les plus fréquentes, c'est qu'en pratique, l'évolution se fera d'elle-même et que le praticien selon le succès ou l'insuccès de la thérapeutique instituée ne saurait se féliciter ou se blâmer ; aidant ou combattant faiblement la nature il pourra constater que, pratiquement, la P. T. guérit assez facilement avec le seul appui de l'héliothérapie : il s'agit alors d'une tuberculose atténuée ; comme dans les pleurésies, la P. T. est fonction de la virulence du germe ; il s'agit là d'un microbe atténué, la sévérité de l'affection étant fonction de la qualité ou de la quantité de bacilles.

CHAPITRE III

LES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Si chaque forme de péritonite nécessite un traitement spécifique, on ne saurait toutefois préciser la thérapeutique exacte de chacune de ces formes. Le terrain, la vie du malade, le milieu social, le climat dans lequel il vit et surtout l'évolution doivent faire instaurer un traitement particulier.

En fait, les formes chroniques utilisent surtout les méthodes climatothérapique et physiothérapique, tandis que les formes aiguës ou subaiguës qui menacent immédiatement la vie du malade, utilisent plus audacieusement les méthodes chimiothérapiques, ou même sérothérapiques, qui prétendent à une action spécifique, mais qui ne sont pas sans danger.

D'une façon générale, on instituera simultanément un traitement local et un traitement général.

A) *Traitement local.* — Il est particulièrement indiqué dans les formes avec épanchement.

Eviter la ponction, qui ne sera pratiquée que quand

l'abondance du liquide constituera une gêne importante pour la vie du malade. Certains auteurs, en particulier P. E. WEIL et LOISELEUR, ont conseillé l'injection d'air stérilisé après ponction systématique. Mais cette méthode est aujourd'hui abandonnée et SERGENT l'a même déconseillée.

L'application de collodion est couramment pratiquée pendant la période fébrile ; aussitôt que la température tombe, il est indispensable d'utiliser les ressources de la physiothérapie. Car, dans presque toutes les formes, en particulier dans les formes caséeuses et fibro-adhésives les rayons constituent le traitement idéal de la péritonite. L'héliothérapie, avant tout, constitue un traitement de choix, celui auquel tout praticien songera dès le premier jour, celui qu'il préconisera, celui qui, il faut l'avouer lui donnera les meilleurs résultats. Toutefois, ce traitement qui doit être institué très progressivement est contre-indiqué dans les tuberculoses pulmonaires. Nous y reviendrons dans un chapitre spécial.

L'actinothérapie, peut, dans nombre de cas, remplacer l'héliothérapie.

Accessoirement, à côté des ultra-violets, on pensera aux infra-rouges et à la Röntgenthérapie.

D'autres traitements, plus modernes, sont aujourd'hui à l'étude, les sels d'or en Allemagne, l'antigène méthylique en France en particulier.

B) *Traitement général.* — Il s'agit surtout de reconstituant et de recalcifiant chez l'enfant, de traitement de soutien chez l'adulte.

C) *Traitement spécifique.*

Le sérum de DUFOUR, le vaccin de JOUSSET, la choline prescrite par CARLE et LEURET, les terres rares mises en avant par GRENET, le cérium, la lanthane, le molybdène étudiés par FLANDIN ; autant de traitements que l'on ne saurait juger, mais sur lesquels nous reviendrons en détails. On associera le repos absolu, le malade complètement étendu, une alimentation abondante, une cure hygiéno-diététique, une surveillance constante, un climat doux, un air sain, et si possible l'absence de soucis. Mais, là encore, comme souvent dans les affections chroniques, surtout en tuberculose, il se pose à côté du problème médical un problème social. S'il ne s'agit point de cure d'air comme une tuberculose pulmonaire, il importe que la cure de soleil soit faite en permanence. Et chercher le soleil en hiver dans nos pays devient une question de finance pour ceux — et ils sont nombreux, surtout malades — qui n'ont pas été favorisés par la fortune.

DEUXIÈME PARTIE

L'ACTION LOCALE

CHAPITRE IV

L'HÉLIOTHÉRAPIE

L'héliothérapie, systématiquement appliquée depuis 1895, par PONCET est, nous l'avons dit, le traitement de choix.

Le soleil, par le fait que ses rayons possèdent la gamme des ondes radio-actives de façon atténuée, mais complète, constitue à lui seul le traitement le plus complet et le plus parfait.

Mais ce traitement est aussi le plus dangereux, car son intensité ne saurait se doser. Et, d'autre part, comme il paraît inoffensif les malades en usent et en abusent, créant ainsi dans l'organisme des torts considérables.

Le soleil doit être donné modérément et progressi-

vement. Le malade doit être suivi de façon constante.

Cures prudentes, cures progressives, ce qui implique de la part du malade de la confiance, de la discipline et de la patience, car il est souvent difficile de faire comprendre à une certaine clientèle pourquoi il importe de ménager les bienfaits des rayons solaires. Mais il suffit en ce cas, de rappeler les méfaits des bains de soleil au bord de la mer, coups de soleil en apparence inoffensifs, en réalité parfois dangereux.

On ne saurait, sur ce sujet, plus que sur les autres, assez se reporter aux nombreux travaux qui ont été publiés en la matière. La plupart de ceux-ci développent les résultats très satisfaisants qui furent obtenus dans tous les pays. Nous ne ferons que citer les publications de ROLLIER, de SERGENT, et de EISSENDECK.

La technique est simple : séances nombreuses et courtes, sous la conduite d'un spécialiste. Premières séances de quelques minutes seulement, les pieds seuls étant découverts. On exposera bientôt les jambes, puis les cuisses.

Ce n'est qu'après plusieurs séances que les cures de solaires se prolongeront et s'étendront à tout le corps, la tête exceptée dans tous les cas.

Les fiévreux devront être éloignés aussi longtemps que persistera la température. S'il s'agit de poussée, le repos au lit sera de rigueur ; mais s'il s'agit de fébricule persistant tous les soirs, un autre traite-

ment pourra être institué, en particulier chez les sujets atteints de tuberculose pulmonaire.

Certains praticiens ont toutefois conseillé de continuer les cures, de façon atténuée il est vrai avec un redoublement de modération, et de surveillance. Espacer et ralentir les expositions en raison des réactions qu'elles peuvent provoquer et des fatigues qu'elles suscitent le plus souvent.

Sous l'influence d'un traitement sage, l'amélioration ne tarde pas à se faire sentir. Localement, sédation progressive des symptômes, cicatrisation des lésions. Amélioration également de l'état général, parallèlement avec celle des lésions péritonéales, reprise de l'appétit, du poids et des forces.

Mais le sujet ne pourra se considérer comme guéri qu'après avoir prolongé le traitement pendant des mois ; il ne sera en droit de reprendre le travail qu'après un laps de temps important et des épreuves progressives qui permettront au médecin d'affirmer une guérison définitive longtemps après la disparition des derniers signes cliniques ou de laboratoire.

L'héliothérapie s'accompagnera de repos absolu en dehors de la cure, le malade restera couché pendant les premiers temps, puis fera une courte promenade si son état général le permet, sans attendre pour se reposer la fatigue ou la fièvre, dans un site bien aéré, avec un climat doux et sédatif. En effet, des promenades abusives ou des fatigues résultant de visites ou de soucis peuvent provoquer une poussée ther-

mique obligeant d'interrompre le traitement qui doit être le mois suivant repris à son début.

Un autre danger réside dans les coups de soleil. Que ce soit par inadvertance au cours de promenade ou volontairement pendant la cure, certains malades retirent leur chapeau, exposant la tête à un soleil malfaisant, surtout dans le midi et en montagne. En dehors des complications que cela peut entraîner (température, céphalées) il est assez fréquent de voir des coups de soleil d'intensité variable. On constate alors une poussée de température élevée avec tachycardie tenace, céphalée persistante occipitale et insomnie. Dans les syndromes plus aigus, on peut noter des vomissements, de la photophobie ou simplement tendance aux nausées avec gêne à la lecture. On devra alors écourter les séances et surtout protéger la tête.

De toutes manières, on préviendra les malades des dangers qu'ils risquent en s'exposant la tête nue au soleil : l'hémoptysie n'est pas la moindre chez des malades prédisposés à la bacillose pulmonaire.

Signalons enfin, que la tuberculose pulmonaire constitue une contre-indication formelle de l'héliothérapie.

Il est classique d'associer l'héliothérapie et un traitement général dans les péritonites.

L'héliothérapie, ou dans certains cas les rayons U. V. ont une action certaine mais purement locale.

Or, toute péritonite tuberculeuse produit chez le sujet, atteint depuis quelques mois, une déficience de l'état général qui amène un amaigrissement, une fatigue générale et une faiblesse marquée.

Il est donc bon, dans tous ces cas, et souvent même en prévision, dès le début de la maladie, ou avant même les premiers signes, lors de l'imprégnation bacillaire, ou en connaissance de facteurs héréditaires d'instituer un traitement général portant sur la recalcification chez l'enfant et la thérapeutique symptomatique précisée plus haut.

La cure climatique sera naturellement associée à l'héliothérapie, à l'aération, aux effets bienfaisants du calme et du demi-isolement. Le malade recevra une alimentation substantielle et digeste.

En principe, les formes fébriles doivent être traitées à la campagne ou en montagne, les formes torpides peuvent être traitées à Berck ou sur le littoral méditerranéen, à condition que les poumons soient indemnes.

Cette climatothérapie n'est pas indispensable et la péritonite tuberculeuse peut guérir fort bien à Paris, comme l'ont montré HARTMANN et ARMAND DELILLE.

CHAPITRE V

ACTINOTHÉRAPIE ET ÉLECTROTHÉRAPIE

Les *rayons ultra-violets* peuvent remplacer l'héliothérapie dans un grand nombre de cas, mais leur efficacité, quoique indéniable, est moins nette que celle des rayons solaires. Utilisés à la ville, dans des régions où le soleil se montre peu (pays nordiques, par exemple) les rayons U.-V. présentent, par contre, l'avantage de pouvoir être dosés.

En outre, les rayons solaires sont fréquemment utilisés comme moyen de traitement par des malades qui ne consultent point alors que la pratique des rayons ultra-violets nécessite un contrôle médical rigoureux dont les bienfaits s'opposent aux très fréquents méfaits d'une héliothérapie mal dosée.

Par contre, les rayons ultra-violets sont formellement contre-indiqués, comme l'héliothérapie d'ailleurs, dans la tuberculose pulmonaire en raison de la fièvre qui l'accompagne le plus souvent.

Cependant, les U.-V. sont indiqués dans certains traitements associés, après laparotomie, entre autres mais cette opération est depuis de nombreuses années abandonnée comme trop pénible, compliquée et même dangereuse.

Les rayons *infra-rouges* peuvent aussi être employés, mais dans certains cas seulement, surtout dans les phénomènes douloureux, notamment dans les formes adhésives et chez les sujets nerveux. Toutefois, manipulés par des spécialistes, ils devront être appliqués avec prudence et grande modération.

La *diathermie* a dans quelques cas produits d'heureux résultats, mais on ne saurait assez se méfier de certains risques qui en font une arme dangereuse. Elle aurait même, selon certains auteurs provoqué des poussées fébriles qui, en de pareilles circonstances, nécessite la cessation immédiate du traitement et le repos complet.

La *raëntgenthérapie* a permis de publier quelques observations heureuses dans les formes ulcéro-caséeuses. Elle provoquerait le développement de tissu fibreux, ce qui est fâcheux, mais amène la guérison qui est souvent lente dans ces formes. Néanmoins, son emploi doit être réservé à des cas exceptionnels.

On associera ces différents traitements avec des fortunes diverses : la méthode de SAILMAN, basée sur de tels principes eut, et a encore, ses adeptes ; il faut la pratiquer en électrothérapeute averti. L'association des hautes fréquences et des rayons X,

ou U.-V., ou infra-rouges, par les dangers de sa manipulation, n'autorise pas de courir des risques bien grands pour une affection qui guérit avec le seul concours du soleil.

CHAPITRE VI

LES CURES RADICALES

Si le terme de cure radicale implique l'idée d'intervention décisive et unique, le titre de ce chapitre ne saurait convenir aux différents traitements développés par la suite. Il s'agit d'interventions précises d'allure peu choquante, tantôt seulement en vue d'éclairer un diagnostic obscur, tantôt en vue d'agir directement, rapidement et de façon efficace *in loco*, soit sur la péritonite elle-même, soit en cas de complication locale, appendicite bacillaire, occlusion intestinale, tuberculose génitale associée, etc.

Les principales interventions sont :

- la laparotomie ;
- la ponction ;
- le drainage ;
- le pneumo péritoine.

La Laparotomie

La laparotomie, qui est moins fréquemment pra-

tiquée actuellement qu'auparavant est encore indiquée dans deux cas précis : comme mode de diagnostic en vue d'éclairer certains cas prêtant à confusion, et comme traitement par effet direct.

A. Dans certains cas, en effet, seule, une ouverture exploratrice permettra un diagnostic jusqu'alors incertain.

1^o Dans les formes pseudo-appendiculaires plastiques d'emblée la péritonite simulant une appendicite banale conduit à une erreur de traitement fâcheuse, mais l'ouverture montre alors un cæcum semé de granulations. Cette forme guérit le plus souvent sans complication par l'héliothérapie.

2^o Plus rare est la pérityphlite tuberculeuse avec tuberculose entéro-péritonéale. La péritonite accompagne dans ces cas l'adénite mésentérique tuberculeuse et l'entéro-colite, forme très rare, car l'entérite bacillaire s'associe exceptionnellement à la péritonite (MARFAN). Dans ce cas, pronostic grave, l'évolution se compliquant de fistules post-opératoires et de suppuration.

B. Dans certaines complications, l'intervention est nécessaire, et ce, sans délai. Tel est le cas de l'occlusion intestinale survenant comme l'a montré MARFAN au cours des formes fibreuses par bride provoquant coudure ou volvulus ; au cours des formes caséeuses par agglutination des anses ; au cours des formes aiguës par paralysie.

L'*occlusion intestinale*, fréquente, au cours des P. T. nécessite parfois des interventions immédiates.

LEJARS en a montré les différents mécanismes (brides, volvulus, agglutinations) et aussi bien dans une forme que dans l'autre l'opération est nécessaire en vue de libérer le transit. D'ailleurs, si le sujet n'a pas été opéré à temps, ce qui est fréquent, du fait de l'état avancé d'une bacilliose pulmonaire, par exemple, il se constitue rapidement des fistules exposant aux infections et amenant alors une intervention secondaire de pronostic fâcheux.

Tous ces cas ont fort bien été décrits par BOLTANSKI.

L'infiltration tuberculeuse des viscères sous-jacents n'est pas rare au niveau du foie et de la rate sous forme de granulations ou de sclérose interstitielle. Dans les formes importantes, les compressions des organes voisins peuvent survenir, modifiant le tableau et prêter à une erreur de diagnostic, mais là encore l'intervention est nécessaire en vue d'une ablation large (vésicule surtout).

Chez la femme on reconnaîtra assez souvent l'association de tuberculose génitale et péritonéale la première relevant de la chirurgie, la seconde de l'héliothérapie.

C. Enfin, et surtout puisque c'est là notre sujet même, la péritonite, relève de la laparotomie comme mode de traitement. Il est souvent bon d'exposer les lésions au soleil pendant quelques instants après l'ouverture. TÉMOIN, avec SPENCER WELLS, fut le premier à conseiller cette technique qui a donné de bons résultats mais qui est, depuis, tombée en

désuétude. Faut-il attribuer les heureux effets à l'action directe de l'air ou à l'efficacité de l'intervention même ? Dans les formes traînantes lorsque différents traitements ont échoué, il est bon d'exposer le péritoine aux rayons solaires pendant un quart d'heure lorsque le ventre est encore ouvert.

Il sera plus facile d'effectuer une séance de rayons ultra-violets avant de terminer l'intervention par fermeture des tissus superficiels avec drainage. Mais l'efficacité du traitement associé demeure discutée comme présentant des inconvénients, (anesthésie prolongée, asepsie non rigoureuse) et même comme dangereuse.

Pourtant TÉMOIN, ayant pratiqué d'une façon systématique la laparotomie sur des sujets porteurs de péritonite en vue d'associer des irradiations affirme avoir été récompensé par le plus heureux succès.

La Ponction et le lavage

Etant donné la béginité habituelle de la péritonite traitée dès le début, on comprendra que la première méthode ait été abandonnée pour faire place à des actions moins directes et moins radicales. La ponction est de celles-ci.

S'appliquant aux formes ascitiques, la ponction, très discutée ne s'applique en fait que dans les épanchements très abondants, gênant le malade pour respirer ou se déplacer.

Pratiquée systématiquement par WEIL et LOISELEUR, elle est déconseillée par SERGENT, même quand on les fait suivre d'injection de naphtol camphré, lipiodol ou éther selon FIESSINGER et LEMAIRE ou de sels d'or, comme le veut VILLARET.

Ce sont surtout l'eau et l'air qui ont été injectés avec des résultats heureux : il s'agit de lavages et de pneumo-péritoine.

L'emploi d'eau chaude en lavage après laparotomie ayant donné de bons résultats, on a pu améliorer de nombreux cas de P. T. à forme ascitique par ponction suivie de lavage.

On ajoutera avec succès à l'eau un liquide antiseptique tel que l'acide borique, le sublimé ou le naphtol camphré. L'eau sera maintenue à la température de 43 degrés au bain-marie au lit du malade, cette température ayant été, après maints essais, retenue comme active, mais inoffensive par BAYLAC.

La ponction est pratiquée en général dans le flanc gauche sur une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, point symétrique par conséquent de l'appendice par rapport à la ligne médiane. On fera incliner le malade de ce côté, afin de retirer le maximum de liquide en accumulant celui-ci dans le flanc gauche. Si la ponction ne provoque aucune douleur, il sera bon cependant dans certains cas de pratiquer chez les sujets pusillanimes une légère anesthésie locale au chlorhydrate de cocaïne, ou une pulvérisation de chlorure d'éthyle, ou simple-

ment quelques instants avant l'intervention une injection intramusculaire de morphine.

Lorsque le liquide est complètement évacué, on pratiquera un premier lavage en faisant pénétrer dans l'abdomen 3 à 4 litres d'eau qui l'on laisse ensuite écouler. Puis on renouvelle l'opération jusqu'à emploi de 12 à 15 litres de liquide au total.

On constatera au début que le liquide de lavage est louche, tenant en suspension quelques flocons, mais le liquide va s'éclaircissant et lorsqu'il ressort complètement clair on a le droit de penser que la séreuse a été lavée. Retirer alors le trocart et laisser reposer le malade couché. Sur dix observations rigoureuses, BAYLAC conclut à six guérisons complètes et à quatre améliorations passagères. Mais si ces résultats sont encourageants, il est permis de se demander, l'auteur reconnaissant que « la péritonite tuberculeuse à forme ascitique étant une des manifestations les plus bénignes de la tuberculose péritonéale, une de celle dont l'organisme arrive le plus facilement à triompher », si ces malades n'auraient, avec le seul concours du soleil, guéri d'eux-mêmes.

Peut-être, toutefois, note-t-on une accélération dans l'amélioration.

Selon les conclusions de l'auteur, on peut néanmoins dire que le lavage avec de l'eau stérilisée chaude agit.

1^o En débarrassant le péritoine du liquide as-

critique « véritable bouillon de culture où pullulent les micro-organismes. »

2^o En déterminant une augmentation du nombre des leucocytes.

3^o En augmentant leur activité et en diminuant la virulence du bacille de Koch.

Le Drainage

Consécutif ou indépendant de la ponction peut être pratiqué un drainage, soit simple, soit filiforme.

Le drainage simple consiste à introduire dans le péritoine sous anesthésie générale, régionale ou simplement locale un drain de calibre assez fort pour permettre l'évacuation du liquide sans ponction. On évite ainsi, d'une part, de traumatiser le péritoine par une évacuation rapide. On peut, en outre, répéter des lavages au sérum physiologique sans nouvelle intervention.

Différent est le principe du drainage filiforme. PAULY affirme qu'il s'agit de provoquer l'auto-défense de l'organisme par formation de sérum vaccin. Cet auteur, après avoir ponctionné l'ascite incise la peau à l'aide d'un trocart, introduit un paquet de fils de soie suffisamment longs pour que leur extrémité profonde pénètre dans le péritoine et l'extrémité extérieure se trouve dans le tissu

sous-cutané en loges séparées. L'ouverture à la peau est ensuite fermée hermétiquement.

« Un drainage continu et intense de la cavité péritonéale se pratique, véritable lavage en torrent puisqu'il se forme un vide dans la cavité autrefois close où l'ascite était sous pression et que ce vide appelle la formation de nouveau liquide riche en anticorps. »

Toutefois, certains auteurs ont fait valoir les dangers de suppuration résultant des fils, ce qui nécessite le retrait immédiat de ceux-ci.

Le Pneumopéritoine

Si certains auteurs ont amélioré et même guéri des P. T. par l'introduction d'eau dans le péritoine, certains praticiens, en particulier les Américains, ont traité ces mêmes cas par la pénétration d'air dans la cavité à l'aide d'une aiguille comme s'il s'agissait d'un simple pneumothorax : c'est le pneumopéritoine.

On a également tenté d'injecter, différents gaz, sans meilleur résultat oxygène, azote, et même vapeur d'éther (GUILLAUMONT).

Pour SALKIN, les autres traitements doivent être considérés comme périmés, et ce praticien américain prétend que dans cette forme de bacilliose, la thérapeutique est des années en retard sur la tuberculose pulmonaire : on en viendra, il faut en

venir au pneumopéritoine comme on en est venu au pneumothorax thérapeutique.

Le drainage et le calcium sont d'une action accessoire ; la chirurgie dont les américains font pourtant usage facile — n'a qu'une place accessoire.

Une nouvelle classification peut être fondée sur l'examen radioscopique et sur l'évolution clinique. L'ulcération intestinale est facteur de sa contractilité ou irritabilité. Il importe donc de modifier les réactions neuromusculaires locales, comparant ainsi l'action de l'air sur l'équilibre sympathico-parasympathique abdominal à l'action des liquides, en particulier de l'ascite, en faisant presque exclusivement une action mécanique sur les terminaisons nerveuses : Théorie satisfaisante pour un physiologiste, bien peu pour un bactériologiste.

Mais pour les Américains, avocats de cette cause difficile, les résultats sont là :

D'après les statistiques :

Héliothérapie et ultra violets : 67 % améliorés.
27 % guéris.

Pneumopéritoine : 100 % améliorés, 80 % guéris.

TROISIÈME PARTIE

LA MÉDIGATION GÉNÉRALE

CHAPITRE VII

LE TRAITEMENT MÉDICAL

Quelque soit le traitement institué et l'état du sujet, il est bon, dans la plupart des cas d'instituer sans attendre un traitement en vue de relever ou de maintenir l'état général afin de lutter contre l'infection.

Ce traitement peut être soit isolé, soit combiné soit alterné avec un autre traitement. Le plus fréquemment on associera un traitement local à un traitement général.

Ce traitement est celui de toutes les formes de tuberculose : il est constitué nous l'avons vu, avant tout, d'une cure d'air et de soleil, l'héliothérapie étant préférable à l'actinothérapie ultraviolette.

Mais la guérison serait incomplète, inefficace et tardive s'il n'était institué corrélativement une thérapeutique d'ordre plus générale.

Avant tout, une alimentation modérée, faite de nourriture saine et substantielle. On surveillera chez ces malades plus que dans tous les autres cas les fonctions digestives et l'accroissement du poids.

SERGEANT a insisté à juste titre, avec FERRIER, sur la nécessité d'ajouter une médication récalcifiante.

C'est à Emile GAUTRELET que revient le mérite d'avoir démontré l'intérêt d'associer chez les tuberculeux de toutes catégories un traitement général récalcifiant à une discipline sanatoriale (1892).

On ne saurait trop prescrire dans la tuberculose en général et spécialement dans ces formes qui sont l'apanage des sujets jeunes, fatigués, surmenés les médicaments recalciants.

Parmi les formules classiques, nous citerons quelques-unes des plus employées dans la pratique :

1 ^o glycéro-phosphate de chaux	0 gr. 50
pour un cachet n ^o 20 un ou deux par jour.	
2 ^o carbonate de Ca	0 gr. 30
phosphate tricalcique	0 gr. 50
chlorure de sodium	0 gr. 15
magnésie calcinée	0 gr. 10
un cachet aux trois repas.	
3 ^o carbonate de chaux	30 gr.
phosphate tricalcique	60 gr.
magnésie calcinée	10 gr.
une demi-cuillerée à café dans un verre d'eau	
avant les 2 principaux repas.	

On pourra associer à la chaux, la poudre d'os frais, l'arrhénal, l'arsenic et la strychnine, le fer, etc. On songera enfin, à l'iode chez des sujets ne faisant pas de température.

Parmi les spécialités ayant stabilisé pour la vente ces différents produits, on peut citer, parmi tant d'autres, la Tricalcine, les gouttes phosphocalciques, le chlorocalcium, les calcium injectables, SANDOS, PLÉ, etc. On ne saurait enfin passer sous silence certaines spécialités d'ordre plus général qui donnent satisfaction chez ces débiles physiologiques, tels le Pancrinol Debat, Gaduamine, Plasmarine, Tonique Roche, etc.

Si nous ne faisons qu'énumérer ces formules classiques ou ces produits spécialisés, c'est qu'on les trouvera dans tous les traités et formulaires. Mais nous nous étendrons sur certains médicaments qui moins connus, sont cependant fort appréciés de quelques spécialistes qui les ont essayés et ont publié des résultats remarquables. D'autres n'ont qu'un intérêt de laboratoire ou un attrait tout historique, plutôt qu'un bonheur dans leur action spécifique.

Les *sels de terres rares*, constituant le groupe cérique (néodyne, samarium, lanthane, praséodime) ont été utilisés à des concentrations variables. Celle de un pour mille s'est révélée la plus active, tout en étant la moins toxique. Légère amélioration chez le cobaye, ralentissement de l'évolution chez le lapin, mais action médiocre chez l'homme.

Les composés *radio-actifs* ont eu leur heure de vogue, mais RENON après avoir constaté leur bon effet sur le cobaye ne constata aucune amélioration chez l'homme après les injections de sels de radium.

Les *matières colorantes* n'ont guère donné des résultats satisfaisants, qu'il s'agisse des colorants des matières grasses ou qu'il s'agisse des colorants solubles dans les graisses (Soudan III, Scarlat R, Nil bleu, etc.). Si SHIGA a réussi à atténuer la virulence de certaines cultures par la tripaflavine, ces résultats n'ont pas été confirmés par la suite. A la suite des travaux de Ravina instituant le Rouge Congo dans le traitement des hémoptysies, nous avons étudié sur l'homme et sur l'animal les effets de ce principe colorant.

Sur l'animal, nous avons obtenu des réactions physiologiques indiscutables injecté dans la veine de la grenouille dont on examinait les capillaires interpalmaires au microscope nous avons constaté, sous l'effet du Rouge Congo un ralentissement très net de la circulation et ce, dans les minutes qui suivaient. Il est vrai que ce ralentissement était de courte durée, mais une seconde injection confirmait le premier effet, et on remarquait, toujours sous l'objectif, un arrêt à peu près complet de la circulation artérielle.

Cette technique présente en pratique, un certain nombre de difficultés de mise au point qui nécessite des essais multiples, mais les résultats sont par la suite très aisés à constater.

On peut également observer des variations dans les dimensions des capillaires, qui se ressèrent quelques minutes après l'injection de Rouge Congo en même temps que la circulation se ralentit.

Chez l'homme, pratiqué à la suite d'hémoptysie de peu d'importance le Rouge Congo présente l'avantage de ne produire aucun choc, mais nous n'avons pas constaté d'amélioration de l'état général, en particulier chez les sujets atteints de P. T.

L'huile de foie de morue est, de toutes les matières grasses celle qui a donné les meilleurs résultats. Aussi est-elle encore souvent utilisée, surtout chez l'enfant. Citons également l'huile de Chaulmoogra.

Certains produits, comme le xylol, l'alcool benzi-lique ont une activité comparable, quoique moins nette à la série des solutions camphrée, créosotée, gaïacolée, goménolée, etc.

Les sels d'or, là comme en tuberculose pulmonaire, ont eu leur heure de célébrité. Ils ont été complètement abandonnés. Les sels de cuivre ont de même été préconisés. HARRY J. COOPER et STEPHAN PEKANOVITCH ont expérimenté les sulfates, acétate, oléate et albuminate de cuivre chez le cobaye et chez l'homme par voie intraveineuse. Le cyanure de mercure est également bien toléré, mais il faut le reconnaître, sans grand résultat. M^{me} VAN LINDEN a utilisé des associations chlorure de cuivre et bleu de méthylène. Le cyanure de potassium et de cuivre ont également été employés avec quelques bons résultats.

FOSCA ayant injecté par voie intrapéritonéale une solution de chlorure de calcium à 1 % n'a pas obtenu d'amélioration chez le cobaye. BOQUET et NÈGRE ont associé, avec un certain succès, semble-t-il, le chlorure de manganèse à l'antigène méthylique, et LANDGRAFF a eu de nettes améliorations en combinant l'iodate de manganèse à l'arséniate de chaux. Nous reviendrons, d'ailleurs, sur les travaux de NÈGRE et BOQUET dans le chapitre suivant.

CHAPITRE VIII

ÉTUDE DES EXTRAITS MÉTHYLIQUES TUBERCULINIQUES

Certaines formes de tuberculoses ont été traitées avec succès par des extraits d'antigène méthylique. Qu'il s'agisse de tuberculose cutanée, ganglionnaire, osseuse, péritonéale ou pulmonaire. NEGRE et BOQUET, par une série de longs et remarquables travaux ont mis au point d'une façon définitive la technique et les applications de l'antigène. Malheureusement l'œuvre est encore trop récente pour qu'il soit possible de la juger et d'en apprécier les résultats.

Pour ces auteurs, l'antigène peut amener la guérison de péritonite même dans des cas où les médications usuelles avaient échoué (héliothérapie en particulier), qu'il s'agisse de péritonite ascitique ou de lésions caséuses avancées. Son action est plus rapide sur les péritonites ascitiques que caséuses (2 à 6 mois au lieu de 3 à 12 mois). Et les premiers signes d'amélioration ne se manifestent qu'après deux à trois mois de traitement.

La technique est simple. Les ampoules étant préparées à l'Institut Pasteur, on injecte sous la peau une à deux fois par semaine un quart, puis un demi, puis un centicube d'antigène en solution au dixième très progressivement.

Lorsque les injections sous-cutanées sont mal supportées ou ne produisent pas les résultats voulus, on traitera les péritonites par applications locales. Enfin, on pourra associer les deux méthodes, selon la technique de GONZALO CORBALAN TRUMBULL.

Cet auteur prescrit les injections locales d'antigène méthylique à la dose de un quart de centicube à l'état pur, ce qui n'amène pratiquement aucun choc. Toutefois, l'auteur n'a pu préciser en comparant les différentes méthodes si l'on obtenait de meilleurs résultats avec les unes ou les autres ou bien en les associant.

Nous avons repris les travaux de NÈGRE et BOQUET en vue de comparer l'activité des deux thérapeutiques sur des malades atteints de péritonite bacillaire.

Pour cela nous avons pris deux malades présentant des lésions ulcéro-caséuse et évoluant d'une façon comparable, deux sujets de résistance moyenne, apyrétique et sans lésion pulmonaire importante. Sur l'un des sujets, nous avons pratiqué la cure classique, aux rayons solaires, par des expositions judicieuses selon la méthode prudente des présentations progressives. Sur le deuxième malade, nous avons pratiqué des injections d'extrait

d'antigène méthylique selon les doses prescrites par NÈGRE et BOQUET. Nous devons dire que les résultats ont été comparables, guérison en quatre à cinq mois. Mais l'évolution s'est opérée différemment dans les deux cas. Il semble que chez le sujet traité à l'antigène, l'amélioration se soit produite plutôt par poussées, avec des mieux puis des rechutes qui laissaient parfois supposer l'absence d'action. Mais au bout de deux mois, la guérison est survenue, avec de petites rechutes ; de sorte que nous nous sommes trouvés en présence d'un malade théoriquement guéri chez lequel il importait plutôt de prévenir les rechutes et de consolider la guérison, alors que le malade traité par les rayons solaires s'améliorait d'une façon plus progressive, mais certaine.

Nous nous proposons de reprendre ces recherches sur d'autres cas, et dans d'autres formes de péritonites, en particulier dans les évolutions plus sévères.

Signalons que COLANERI et GUERIN sont intervenus chirurgicalement sur des cas de péritonite tuberculeuse qui fut ensuite guérie par l'Allergine.

La sérothérapie et la vaccinothérapie ont été expérimentées avec quelques résultats dans le traitement de la P. T.

Mais il convient de reconnaître que les essais n'ont pas été approfondis et que de nombreuses recherches doivent encore être orientées de ce côté.

On connaît, certes, l'intérêt de pareils traitements dans la tuberculose en général : les travaux de Jous-

SET et de VAUDREMER, en particulier, non seulement sont connus de tous, mais sont passés dans le domaine de la pratique quant à leur effet thérapeutique indiscutable dans certains cas.

CONCLUSIONS

Il ressort de cette revue des médications de la péritonite tuberculeuse :

a) Que l'héliothérapie constitue le traitement de choix, quelle que soit la forme de l'affection, c'est cette thérapeutique qui sera conseillée, tentée et qui se justifiera par le nombre impressionnant de succès.

Que nombre de médicaments peuvent être essayés non moins favorablement, qu'ils s'agisse d'Ultra-Violets ou d'une intervention radicale : laparatomie, ponction, drainage, etc.

b) Toutefois, on ne craindra pas, même dans les cas de succès, d'associer au traitement local, un traitement général en vue d'organiser la défense de l'organisme ; chez l'enfant des corps à base de chaux ou sels de calcium seront souvent préconisés.

La cure hygiéno-diététique sera la base du traitement, avec repos, surveillance permanente et bonne alimentation.

La cure climatique sera aussi une aide précieuse.

c) Beaucoup de médicaments spécifiques sont encore à l'essai. De ceux-là, on ne peut se faire une opinion définitive, car le temps n'a pas encore permis de juger des effets.

Cependant, on peut citer dès maintenant l'Antigène méthylique de NÈGRE et BOQUET et la chrysothérapie.

VU : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

VU : *Le Président de Thèse,*
L. TANON.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Traitement de la péritonite tuberculeuse (*Journal des Praticiens* 1924, p. 289-417).
- AQUINO. — Un caso de cura de peritonite tuberculose (*Folha Medica*, Março de 1928, p. 105).
- ALBERT WEIL. — Radiothérapie de la péritonite tuberculeuse (*Paris Médical*, 1917, n° 41).
- BACMEISTER (A.). — Fortschritte in der Strahlenbehandlung der Tuberkulose (*Fortschr. d. Therap.* 6 : 298-302, 25 mai 1930).
- BALTACEANU. — Tratatul peritonitei tuberculose (*Romania Medicala*, 15 mai 1930, n° 10).
- BAYLAC (J.). — Péritonite tuberculeuse à forme ascitique par ponction suivie du lavage avec de l'eau stérilisée (*Archives médicales de Toulouse*, 1902, p. 97).
- BEZANÇON (F.). — Les bases actuelles du problème de la tuberculose. Gauthier-Villars, édit. Paris, 1922, p. 67.
- BIRCHER et GELPKE. — Traitement de la péritonite tuberculeuse (*Ass. Centr. des Médecins Suisses*, 19 mai 1906).
- BOLTANSKI (Étienne). — Péritonite tuberculeuse (Extrait de : *La Science Médicale Pratique*, 1^{er} janvier 1934).
- BOUILLARD (J.). — Sur quelques applications des rayons ultraviolets (*Journ. de Méd. et Chir. Prat.*, 101 : 525-529, 25 juillet 1930).
- BROCA. — Traitement de la tuberculose abdominale (*Semaine Médicale*, 1906).
- BRODY (Ch.). — La péritonite tuberculeuse — son évolution — son traitement (*Journ. de Méd. et Chir. Prat.*, XCIII, 1927, p. 187).

- BRODY et BERNHARD (O.). — Le traitement de la péritonite tuberculeuse par la lumière (*Ann. de l'Inst. d'Actinol.* 4 : 10-18, janv.-févr. 1930).
- BRODY. — Conception moderne de la péritonite tuberculeuse et de son traitement (*Thèse de Paris*, 1926).
- BRODY. — Le traitement de la péritonite tuberculeuse par la lumière (*Rapport Congrès International d'Actinologie*, Paris 1929).
- CANELLI (A. F.). — Due casi di pneumoperitoneo curativo nella péritonite tubercolare ascitica dell'infanzia (*Gaz. med. lomb. Milano*, 1925, LXXXIV, 61).
- CASTAGNA (P.). — Le insufflazioni di ossigeno nel trattamento della peritonite tubercolare essudativa in gravidanza (*Rassegna d'Ostet. e Ginec.* 39 : 474-494, 31 août 1930).
- CATRIN. — Injections de naphthol camphré dans la péritonite tuberculeuse (*Soc. de Méd. des Hôp.*, 14 mai 1897).
- CHIEVITZ. — Light bath treatment of tuberculous peritonitis (*Brit. J. Actinotherapy* : 142-143, oct. 1930).
- COLANERI et GUÉRIN (P.). — Péritonite tuberculeuse grave traitée par l'intervention et guérie par l'Allergine (*J. de Méd. de Paris*, 54 : 259-260, 22 mars 1934).
- COMBY. — Traitement médical de la péritonite tuberculeuse (*Archives de Médecine des Enfants*, 102).
- CORDIER. — Traitement de la péritonite tuberculeuse (*Lyon Médical*, 1924, p. 508).
- CURTI (O. P.). — Tratamiento de la tuberculosis peritoneal forma ascitica por el neumoperitoneo ((*Semana med.* 2 : 1737-1740, 8, déc. 1932).
- DOHNANYI. — Therapy of tuberculous peritonitis (*Bratisl. lekar. listy*, 14 : 501-504, déc. 1934).
- EISSENDECK. — Sur le traitement de la tuberculose, péritonéale par l'héliothérapie en altitude (*Echo med. du Nord*, 36 : 541-544, 12 nov., 1932).
- FOLET. — Pneumopéritoine dans la péritonite tuberculeuse (*Acad. de méd.*, 27 nov. 1894).
- FRITZ (A.). — Zur behandlung der exsudativen form son peritoneal tuberkulose mit pneumoperitoneum. (*Med. klin. Berlin*, 1925, XXI, 814-816).

- GAUTRELET (Emile). — Sur le traitement de la tuberculose dans les sanatoriums (*Bull. de la Société Médico-Chirurgicale de Paris*, 10 mars 1902, Berthier édit.).
- GILBERT. — Pneumoperitoneum in the treatment of tuberculous peritonitis (*Am. rev. tuberc. Balt.*, 1923, 24, VII, 479-483).
- GIRBAL. — Les séquelles douloureuses des péritonites tuberculeuses, traitement par les sels d'or (*Rev. gen. de clin. et de therap.*, 47 : 759-760, 18 nov. 1933).
- GUTMANN (R.). — Traitement des péritonites tuberculeuses (*La Consultation*, décembre 1926, p. 261).
- IRIMESCU (J.). — Therapy of bacillary pleuroperitonitis with massive dosage of calcium chloride (*Romania med.*, 13 : 110-112, 15 april 1935).
- LACROIX Antoine. — Les traitements actuels des péritonites tuberculeuses (*Rev. de Vulgarisation des Sciences Médicales*, mai 1930, p. 1).
- LINDNER. — Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse (*Merc. Méd.*, 1891, p. 543).
- LUCHERINI (T.). — Il pneumoperitoneo terapeutico nella peritonite tubercolare a forme essudativa (*Pubbl. sez prat.*, 34 : 1281-1290, sept. 5, 1927).
- LYON. — Ist das pneumoperitoneum ein fortschritt in behandlung der peritonitis tuberculose exsudation (*Arch. f verdanungstr* 40 : 120-129 feb. 1927).
- MATHIS. — Traitements des péritonites tuberculeuses. *Thèse*, 1889.
- MERCER. — Pneumoperitoneum in the treatment of tuberculous peritonitis (*Virgini Month Richmond*, 1925, 26, III, 156-158).
- NÈGRE L. — Tuberculose, in *Encyclopedie Medico Chirurgicale*, 1-4-1934, 3312, p. 1, chap. x.
- NÈGRE et BOQUET. — Extrait méthylique et bacille tuberculeux. *Presse Médicale*, 31 octobre 1925 et 24 mars 1926.
- NOBÉCOURT et BABONNEIX. — *Traité de Médecine des enfants*, 1934. Masson, éd.
- ORY (M). — Le traitement de la péritonite tuberculeuse (*Ann. Inst. d'actinol.*, 6 : 20-26, mars 1932).
- PAPANDREA (R). — L'aurotherapia nella tubercolosi della pleura e del peritoneo (*Riv. di pat. e clin. d. tuberc.*, 6 : 986-997, 30 nov. 1932).

- PAULY. — Le drainage filiforme dans les péritonites tuberculeuses (*Société des Sciences Médicales du Luxembourg*, mai 1928).
- PESCHMANN, CORPER (H.). — Tuberculous peritonitis and pneumoperitoneum (*tr. Chicago path. soc.*, 1916-17, 179-183).
- ROLLIER (A.). — L'héliothérapie dans la péritonite tuberculeuse (*Ann. Inst. d'actinol*, 6 : 12-19, mars 1932).
- ROURANDY. — Contribution à l'étude du traitement des péritonites tuberculeuses par l'insolation directe (*Thèse de Montpellier*, 1926).
- SALKIN (D.). HOPEMONT (W.). — Pneumoperitoneum in Intestinal tuberculosis : appraisel of various therapeutic procedures. *American Review of Tuberculosis. New-York*, 33 : 435-584, avril 1936, p. 435.
- SANTY. — Traitement de la péritonite tuberculeuse chez la femme adulte (*Soc. de Chir. de Lyon*, 1^{er} décembre 1927).
- SANTY. — Traitement de la péritonite tuberculeuse chez la femme adulte (*Lyon Chirurgical*, mars-avril 1928, p. 210).
- SANTORSOLA (D.). — Contributo al trattamento della peritonite tubercolare ciscitica col pneumoperitoneo (*Policl. (sez prat.)*, 34 : 636-639, may 2, 1927).
- SANTORSOLA (D.). — Il pneumoperitoneo nello cura della peritonite tubercolare ascitica (*Riforma med.*, 50 : 216-219, feb. 10, 1934).
- SAUVÉ. — Le traitement de la péritonite tuberculeuse (*Progrès Médical*, 20 janvier 1912).
- SAUVÉ. — Que penser à l'heure actuelle des péritonites tuberculeuses et de leur traitement (*Journ. Méd. franç.*, t. XII, n° 7, juillet 1923).
- SCHWARTZ. — Traitement de la péritonite tuberculeuse (*Wien. Med. Woch.* 1887, n° 13).
- SERGEANT. — Traitement de la péritonite tuberculeuse (*Journal des Praticiens*, 30 avril 1924).
- STRAHLMAN. — Die Therapie der peritonitis tuberkulose (*Thèse de Gissen*, 1916).
- STEIN. — Oxygen pneumoperitoneum in diagnosis and treatment of tuberculosis of genitalia intestine uned peritoneum (*surg. gyn. et obst.*, 58-567, 577, march 1934).

- Treatment of tuberculous peritonitis by oxygen inflation tuberculous of the abdominal cavity artificial pneumoperitoneum (*Am. j. obst. et gynec. St. Louis*, 1922, III, 658-663).
- TASSART. — Los rayos ultra-violetas en las tuberculosis medicas (*Rev. Med. Latino Am.*, 15 : 1229-1248, juin 1930).
- TÈMOIN. — Traitement de la péritonite tuberculeuse (*Livre d'Or*, édité à l'occasion du Jubilé du Professeur Forgue).
- Traitements des péritonites tuberculeuses. *Revue de Vulgarisation des Sciences médicales*, mai 1930, p. 1.
- TRISTANI. — Du traitement de la péritonite tuberculeuse chez la femme adulte (*Thèse de Lyon*, 1928-29, n° 40).
- VILLARET, BEINAL-LEDUC. — Péritonite tuberculeuse guérie à la suite d'injections intrapéritonéales de Thiosulfate d'or et de sodium (*Gaz. des Hôpitaux*, 103 : 785-788, 28 mai 1930).
- WOLFF (W). — Uber pneumoperitoneum bei axsudativer bauchfelltuberkulose (*Munchen med. wchus.*, 81 : 902 June 15, 1934).
- ZILOTTI (L). — Alcuni casi di ascite tubercolare trattati con l'ossi pneumoperitoneo (*Gazz. d. osp.*, 53 : 1411-1415, 6 nov. 1932).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
--------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

SUR LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

CHAPITRE PREMIER : Généralités	3
CHAPITRE II : La péritonite tuberculeuse en clinique	7
CHAPITRE III : Les différents traitements de la péritonite tuberculeuse	10

DEUXIÈME PARTIE

L'ACTION LOCALE

CHAPITRE IV : L'Héliothérapie.....	13
CHAPITRE V : Actinothérapie et électrothérapie	18
CHAPITRE VI : Les cures radicales	21
La ponction et le lavage.....	24
Le drainage et le pneumopéritoine	27

TROISIÈME PARTIE

LA MÉDICATION GÉNÉRALE

CHAPITRE VII : Le traitement médical	31
CHAPITRE VIII : Etude des extraits méthyliques tuberculiniques.	37
CONCLUSIONS	41
BIBLIOGRAPHIE	43
TABLE DES MATIÈRES	48